

新規ご登録 & 問診票

(ふりがな)				生年月日		歳
お名前	男 女	西暦	年	月	日	
住所	〒 _____ 都・道 府・県					
電話番号	自宅				携帯	
身長	cm	体重	kg	体温	℃	血圧 /
アレルギー有無	なし・あり(具体的に: _____)					
喫煙の有無	喫煙有(1日約 _____ 本、 _____ 年前から)			喫煙無		
飲酒の有無	飲酒有(1日の量: _____)			飲酒無		
<ul style="list-style-type: none"> 過去に以下のような病気にかかったことがありますか？ あれば○で囲んでください。 高血圧・糖尿病・心臓病・高脂血症・脳の病気・肝臓病・腎臓病・胃/十二指腸潰瘍・喘息・緑内障 前立腺肥大・甲状腺・その他(_____) 近親者の病歴はありますか？ あればご記入ください。(例 父:糖尿病 _____ など) ある(_____)・なし 						

1. 今回はどのような症状でご来院になりましたか？ (紹介状 あり なし 健診結果持参 あり なし)
(_____)

咳 喉の痛み 痰 鼻水 頭痛 発熱(_____)℃ 胸痛 足のむくみ 息切れ 動悸
嘔気 嘔吐 胃痛 腹痛 下痢 便秘 頻尿 排尿痛 血尿 発疹 蕁麻疹 花粉症 その他(_____)

2. その症状はいつ頃からですか？ _____ 前から

3. (冬季のみ) インフルエンザの予防接種はしましたか？ → した しない
(冬季のみ) まわりにインフルエンザの患者様はいますか？ → いる いない

4. 1ヶ月以内に海外に行きましたか？
いいえ ・ はい 国[_____] 期間[_____ ~ _____]

5. 現在治療中の病気や内服薬(サプリメント含む)があれば教えてください。
あり → 病名[_____]
内服薬 [_____]

↑ ありの方は当院にて検査・通院の希望はありますか？ → ある なし

6. 女性の方にお聞きします。
現在 (妊娠中 ・ 授乳中) 妊娠の可能性はある → はい いいえ

7. 当院を何でお知りになりましたか？(複数回答可)
インターネット 看板 口コミ パンフレット
紹介(家族・知人 _____ 様 他院 _____ 会社 学校)
その他(_____)